ESSAI

SUR LES

RÉTENTIONS D'URINE

CAUSÉES PAR

LES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE.

N° 124.

5.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 19 AOUT 1837;

PAR

ÉTIENNE **RIVIÈRE**,

De Marseille (BOUCHES-DU-RHÔNE);

MEMBRE DU CERCLE MÉDICAL DE MONTPELLIER; CHIRURGIEN AGENT
DES DISPENSAIRES DE MARSEILLE, etc.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.



MONTPELLIER,
Imprimerie de Veuve RICARD, née GRAND, place d'Encivade.

1837.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen, Clinique médicale.
BROUSSONNET. Clinique médicale.
LORDAT, *Exam.* Physiologie.
DELILE. Botanique.
LALLEMAND. Clinique chirurgicale.
DUPORTAL. Chimie.
DUBRUEIL. Anatomie.
DUGÈS. Path. chir., opérat. et appar.
DELMAS. Accouchements.
GOLFIN. Thérap. et matière médic.
RIBES, *Présid.* Hygiène.
RECH, *Examinateur.* Pathologie médicale.
SERRE, *Examinat.* Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chim. médic.-générale et Toxicol.
RENÉ. Médecine légale.
RISUEÑO D'AMADOR, *Suppl.* Path. et Thér. génér.

PROFESSEUR HONORAIRE.

Aug.-Pyr. de CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. Viguier.
Kuhnholtz, *Suppléant.*
Bertin, *Examinat.*
Broussonnet.
Touchy.
Delmas.
Vailhé.
Bourquenod.

MM. Faces.
Batigne.
Pourché.
Bertrand.
Pouzin, *Examinat.*
Saisset.
Estor.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Messieurs

CAUVIÈRE,

Chevalier de la Légion d'honneur, Docteur en chirurgie et en médecine, Professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole secondaire de médecine de Marseille, Chirurgien de l'Hotel-Dieu, Médecin consultant des hôpitaux, et Membre de la Société royale de médecine de la même ville, Membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, et de plusieurs autres Sociétés savantes, etc., etc.

ET

MAGAIL,

Docteur en chirurgie, Chirurgien des dispensaires, Chirurgien-accoucheur de la Charité maternelle, Membre de la Société royale de médecine de Marseille, Membre correspondant de l'Académie de médecine de Cadix, etc.

Hommage de profond respect, de reconnaissance et de dévouement.

E. RIVIÈRE.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Tribut d'amour et de gratitude.

A MON FRÈRE FÉRÉOL **RIVIÈRE.**

Ton meilleur ami.

A MESSIEURS

LE DOCTEUR GILLET, J.-B. FALQUE,

ET L. FALQUE.

Témoignage d'attachement sincère.

E. RIVIÈRE.

AVANT-PROPOS.

Un grave procès semble s'instruire depuis quelques années contre les lazarets et les quarantaines ; des esprits hardis et entreprenants dirigent leurs recherches avec une louable activité vers les maladies réputées contagieuses. Le Gouvernement et nos Chambres législatives ont invoqué, à diverses reprises, les lumières de l'Académie de médecine de Paris sur différents points de législation sanitaire. L'ordonnance Duchâtel, autorisant l'entrée en libre pratique des provenances américaines, est une importante modification apportée aux réglements de nos lazarets. Quelques jeunes médecins français, pleins de zèle pour la science, ont eu le courage d'aller étudier la peste en Orient. Deux d'entre eux ont été martyrs de leur dévouement durant les deux grandes épidémies qui viennent de ravager le Caire (1). *Je me plais à rendre ici un juste tribut d'éloge à un jeune docteur de Paris, M. Lachaise, à la complaisance duquel les médecins de Marseille sont redevables de quelques documents intéressants sur le typhus du Levant, et qui, de plus, nous a promis de publier le*

(1) *Je regrette de n'avoir pas leurs noms présents à ma mémoire.*

résultat de ses observations recueillies aux lits des malades et dans les amphithéâtres de dissection. Je me disposais moi-même à mettre en ordre et à présenter à l'examen de cette École célèbre des documents que j'ai réunis en assez grand nombre concernant diverses questions sanitaires. Je ne me dissimule point toute la gravité de ces questions ; je sais qu'elles touchent d'une part à la santé des populations, et de l'autre à la facilité des communications, comme à la libre circulation des produits du sol et de l'industrie. Mon intention était de ne rien préjuger. Je devais me borner à la simple exposition des faits, laissant à d'autres le soin d'en déduire les conséquences légitimes. Dans ces graves circonstances, il appartient à d'autres que moi de prendre l'initiative. C'est donc après avoir mûrement réfléchi et pesé toutes ces considérations, que je renonce à traiter ce sujet, malgré que j'en eusse, en quelque sorte, contracté l'engagement.

Cependant diverses circonstances m'obligeant de terminer promptement, je vais présenter à la hâte quelques considérations sur les rétrécissements de l'urètre. Mon travail sera divisé en deux parties : je traiterai dans la 1re de la pathologie, et dans la 2me de la thérapeutique des rétrécissements. Ma thèse, je l'avoue, se ressentira de ce manque de temps et de la faiblesse de mes moyens. Me serait-il permis de compter sur l'indulgence de mes juges ?

ESSAI

SUR

LES RÉTENTIONS D'URINE

CAUSÉES PAR

LES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE.

CHAPITRE PREMIER.

PATHOLOGIE DES RÉTRÉCISSEMENTS.

DÉFINITION. — Parmi les nombreux auteurs qui, dans ces derniers temps, se sont occupés des rétrécissements de l'urètre, peu ont donné une définition exacte de cette maladie. Selon Charles Bell, il y a rétrécissement quand l'urètre a perdu la faculté de se dilater. Jacques Wilson la fait consister dans un changement morbide d'action ou de structure par lequel une partie

du canal est devenue plus étroite que les autres. M. Lisfranc la définit : une maladie dans laquelle le canal de l'urètre ne peut reprendre sa capacité ordinaire dans une étendue plus ou moins grande, parce que les parois sont maintenues rapprochées par un état pathologique. D'après M. Tanchou, on doit nommer rétrécissement ou coarctation de l'urètre l'effet de toute cause qui diminue le diamètre naturel de ce conduit ; il y a, pour moi, rétrécissement quand la capacité de l'urètre se trouve diminuée, sur un ou plusieurs points de son étendue, par des modifications, soit dans sa texture, soit dans sa vitalité. Cette définition se rapporte à celle de Wilson, et a l'avantage de pouvoir s'appliquer aux diverses espèces de rétrécissements que nous admettrons plus bas.

CAUSES DES RÉTRÉCISSEMENTS.

Les rétrécissements de l'urètre sont presque toujours le résultat de l'inflammation ; et comme la blennorrhagie est l'inflammation la plus fréquente de l'urètre, c'est elle aussi qui, le plus ordinairement, donne naissance aux rétrécissements de ce canal. C'est l'opinion du plus grand des auteurs qui ont écrit sur cette matière ; cette opinion repose sur l'observation exacte et rigoureuse des faits. Presque tous les individus atteints de rétrécissements déclarent avoir éprouvé des blennorrhagies à certaines époques de leur vie. J'ai eu occasion de constater l'exactitude

de ces faits. La physiologie pathologique vient encore à l'appui de cette doctrine. Si l'on fait pénétrer une bougie dans le canal d'un homme à l'époque où celui-ci est atteint d'une inflammation chronique sur un point de la muqueuse urétrale avec rétrécissement commençant, sans induration encore, il accuse de la sensibilité sur un point particulier ; il éprouve même une vive douleur par le contact de l'instrument ; il dit qu'on le pique, et arrête machinalement la main de l'opérateur. Cette remarque appartient à Ducamp.

Hunter a élevé des doutes à cet égard, fondé sur ce qu'on ne trouve presque jamais les rétrécissements à la fosse naviculaire qui est le siége le plus fréquent de la blennorrhagie, sur ce qu'ils se manifestent souvent après que l'écoulement a cessé, sur ce que ce n'est pas toujours après les écoulements les plus abondants qu'on les observe. Ces faits sont exacts, dit M. Lallemand, quoique Hunter en ait tiré des conséquences forcées. Pour moi, j'ose le déclarer, Hunter est dans l'erreur ; d'abord parce que quelques auteurs, M. Amussat entre autres, ont trouvé très-fréquemment des brides dans la fosse naviculaire ; ensuite l'écoulement peut tarir et l'inflammation persister jusqu'à un certain degré : de plus, la coarctation peut déjà exister au moment de la disparition de la blennorrhagie, et l'individu peut bien n'en tenir aucun compte, parce qu'il ne s'en trouve point incommodé. D'ailleurs la marche ordinaire des rétrécissements, leur invasion subite après un repas

copieux, un abus du coït ou toute autre cause d'excitation chez un sujet jadis atteint d'urétrite, militent en faveur de mon opinion.

Cependant l'inflammation, pour agir comme cause, ne doit point nécessairement revêtir des caractères syphilitiques. Toute inflammation de l'urètre, quelle qu'en soit la nature, peut produire des coarctations : ainsi une déchirure du pénis, une chute sur le périnée, l'abus du coït, l'habitude de la masturbation, les torsions de la verge. Quelquefois la cause se trouve dans le voisinage du canal ; une hernie de vessie (mémoire de l'Académie) et divers états pathologiques du scrotum. Les tumeurs situées au périnée, au scrotum, le long du pénis, le sarcocèle, l'hydrocèle, la hernie scrotale d'un grand volume, les anévrismes des corps caverneux, les corps étrangers appliqués autour de la verge (Chopart), une altération de la prostate (J.-L. Petit), l'inflammation aiguë de cette partie (Morgagni), et le développement variqueux des vaisseaux prostatiques.

Quelques auteurs pensent que la goutte (Sœmmering), le rhumatisme (dict. des scienc. méd.), les scrofules, peuvent enflammer l'urètre et y déterminer des rétrécissements. Ils assurent que quelques individus qui n'avaient jamais eu d'urétrite, mais qui étaient sujets à la goutte, ont présenté, à chaque nouvel accès, les symptômes qui caractérisent le rétrécissement inflammatoire ; dès que les douleurs arthritiques et la tuméfaction quittaient le gros orteil,

la dysurie cessait. On a même dit que le rhumatisme et la goutte, ayant quelquefois disparu tout à coup, se sont transportés, pour ainsi dire, de toute pièce sur la muqueuse urétrale, et ont produit des rétrécissements par métastase. Nous laissons toute la responsabilité de ces faits aux auteurs qui les rapportent.

De nos jours un grand nombre de praticiens regardent les injections astringentes comme déterminant presque toujours, tôt ou tard, des coarctations de l'urètre, et proscrivent pour cela ce moyen d'une manière générale. M. Lisfranc paraît être assuré de l'innocuité de cette médication, puisqu'il l'emploie même à des proportions considérables. Il est vrai que beaucoup d'individus qui, à quarante ou cinquante ans, éprouvent une ischurie plus ou moins marquée, ou des rétentions d'urine, avouent avoir supprimé une ou plusieurs blennorrhagies à l'aide des astringents. Mais cette circonstance commémorative mérite-t-elle toute l'importance qu'on lui accorde? Ne serait-il pas plus médical de dire que c'est l'urétrite devenue chronique et perpétuant son existence qui est la cause réelle des rétrécissements, ainsi que de toutes les autres lésions de structure de l'urètre? Hunter professe cette opinion. Il en est ici des rétrécissements à la suite des urétrites, disent MM. Lallemand et Bégin, comme des obstructions après les fièvres intermittentes. On attribuait celles-ci au quinquina, comme on accuse les astringents de produire les autres. Le fait est que ces deux genres d'altération

dépendent également de la prolongation de la phlogose dans les parties affectées.

Division. — Jacques Daran a le premier divisé les maladies de l'urètre : il admet huit espèces de rétrécissements ; d'autres auteurs, tels que Morgagni, Astruc, Heister, Walter, etc., n'en ont donné aucune division méthodique. Desault admet trois espèces d'obstacle au libre cours de l'urine : 1° dans l'épaisseur des parois ; 2° à l'extérieur des parois ; 3° dans l'intérieur du canal. Nauche reconnaît des rétrécissements : 1° inflammatoires ; 2° spasmodiques ; 3° organiques ; 4° symptomatiques. Wilson et Samuël Cooper admettent des divisions qui ne diffèrent pas beaucoup de celle de Nauche. Sœmmering compte deux espèces de rétrécissements ; Béclard également deux. Ducamp admet des rétrécissements dépendant : 1° de l'inflammation ; 2° de l'induration des parois de l'urètre ; 3° des brides ; 4° des carnosités. La division que donne Lisfranc se rapporte à celle de Desault.

Nous suivrons la division de Nauche, à cause de sa simplicité.

Rétrécissements spasmodiques. — Beaucoup plus rares qu'on ne l'admet généralement, ces rétrécissements résultent de la contraction anormale d'un nombre plus ou moins grand des fibres musculaires qui environnent l'urètre. Quelques auteurs ont même noté des cas dans lesquels la portion spongieuse était tellement sensible et irritable, qu'elle serrait avec force la bougie et la repoussait au dehors. J'ai vu moi-même ce

fait. Ces coarctations ont pour caractère d'être d'une courte durée, de cesser et de se reproduire instantanément; elles s'observent particulièrement chez les sujets nerveux, irritables, dans le cours d'une blennorrhagie aiguë ou à la suite d'excès vénériens: une impression subite de froid, une vive émotion morale, la frayeur, peuvent encore les produire. Nous croyons que les rétrécissements spasmodiques existent rarement sans un état inflammatoire; d'ailleurs ils ne peuvent se reproduire souvent et persister longtemps sans amener en définitive une véritable lésion organique. On a cité jusqu'à satiété un exemple qui se rattache à un écrivain justement célèbre. La lecture attentive de ce qu'a écrit J.-J. Rousseau de la maladie de l'urètre qui le tourmenta toute sa vie, fait penser à M. Amussat qu'il était affecté d'un rétrécissement par gonflement de la muqueuse. D'après ce praticien distingué, la difficulté qu'éprouvèrent à le sonder des chirurgiens habiles, prouve qu'il portait une coarctation organique: et ce qui doit confirmer cette opinion, c'est qu'il fit un usage prolongé des bougies de Daran. M. Amussat cite deux cas de sa pratique, analogues à celui du philosophe de Genève.

Rétrécissements inflammatoires. — Les rétrécissements inflammatoires, admis par quelques auteurs, ne sont, d'après M. Amussat, que le résultat de l'afflux plus considérable de sang dans le tissu spongieux ou la membrane muqueuse de l'urètre; cet état de turgescence, qui n'est qu'éphémère, coïncide toujours avec un état spasmodique. Ce genre de

rétrécissements ne saurait être l'objet d'aucune incertitude pour le praticien, à raison des symptômes de phlegmasie locale qui les accompagne toujours.

Rétrécissements organiques. — Nous comprenons sous cette dénomination tous les rétrécissements qui dépendent d'une lésion de texture ancienne et permanente des parois de l'urètre. D'après un grand nombre d'observations et de recherches d'anatomie pathologique, M. Amussat admet quatre espèces de rétrécissements organiques. Nous nous arrêterons à sa division.

1° *Brides.* Ces rétrécissements ont été observés par Morgagni, Sharp, Goulard, Hunter, Chopart, Desault. Sir Everard Home les fait consister dans une exsudation d'une lymphe coagulable épanchée entre les faisceaux musculaires ou sur la membrane interne, en quantité variable, suivant les circonstances, diminuant d'autant le passage de l'urine, ou s'y opposant tout-à-fait. Ducamp et Laënnec surtout, aux travaux duquel l'anatomie pathologique doit de si grands progrès, considèrent les brides comme de fausses membranes et des adhérences, suites d'inflammations préexistantes. M. Tanchou partage cette opinion : il pense que les altérations organiques de l'urètre résultent de l'exsudation d'une matière plastique analogue ou peut-être identique à la *couenne inflammatoire* que l'on remarque sur le sang de certaines saignées. Les urines glissent dessus, et il se forme des brides, des valvules, suivant des circon-

stances qu'il est difficile d'apprécier. Le plus ordinairement cette lymphe paraît s'épancher au-dessous de la membrane muqueuse urétrale ; d'autres fois elle semble occuper les mailles du tissu du même conduit, de manière à lui donner un aspect gélatineux quand on le coupe.

M. Amussat nie que ces brides soient formées par de fausses membranes. Suivant lui, elles sont dues à ce que le tissu muqueux de l'urètre a perdu son extensibilité naturelle sur un point circonscrit. Le jet de l'urine pousse cette partie de membrane devant lui, la soulève ; il se forme plus tard une petite élévation assez saillante, qui devient un obstacle à l'émission de l'urine ; les brides ne sont à proprement parler qu'une exagération des rides ou plis naturels de ce conduit. L'opinion de Laënnec, Ducamp, Tanchou est plus exacte et plus conforme aux lois de la physiologie pathologique. En effet, l'expérience a prouvé que l'inflammation vive a souvent pour résultat la sécrétion d'une humeur qui est susceptible de s'organiser, de revêtir tous les caractères de nos tissus, et de réunir les parois correspondantes des cavités où elle se forme. La théorie des inodules de Delpech vient encore à l'appui de cette doctrine. Quelquefois, contrairement à l'opinion de Hunter, qui dit que la membrane muqueuse suppure et ne s'ulcère pas, ces brides semblent être formées par la cicatrice d'une ulcération ; c'est surtout dans la fosse naviculaire qu'elles se rencontrent ; d'autres fois

elles présentent l'aspect d'une cicatrice de brûlure (Amussat).

La forme des brides est variable ; leur consistance se rapproche de celle des tissus fibreux (Desault) ; leur couleur est blanchâtre ; elles sont minces, filiformes. M. Lisfranc admet des brides longitudinales. M. Amussat dit n'en avoir jamais rencontré que de transversales, et Charles Bell, qui a étudié avec soin ces altérations pathologiques, ne les présente qu'avec une direction transversale. On n'en trouve généralement qu'une ou deux, cependant elles peuvent être plus nombreuses ; on en a vu jusqu'à sept. Quand elles sont multipliées, la membrane muqueuse est tantôt calleuse et tantôt saine dans leur intervalle.

Valvules. — Ces rétrécissements ne sont autre chose que des brides qui occupent toute la circonférence de l'urètre ; mais dans ce dernier cas, comme l'aire du canal a beaucoup perdu de sa capacité, l'urine trouvant une plus grande résistance, pousse fortement en avant cette bride circulaire, et forme ainsi une véritable valvule, un diaphragme qui est percé par l'ouverture urétrale. Les valvules signalées déjà par plusieurs auteurs ne reconnaissent pas d'autres causes que les brides.

Rétrécissements par gonflement de la muqueuse urétrale. — Je ne sache pas que beaucoup d'auteurs aient fait une espèce à part de ces rétrécissements signalés par M. Amussat. D'après cet observateur, on les rencontre plus fréquemment chez les vieillards que

chez les adultes, et particulièrement chez ceux qui, à la suite d'une ou plusieurs blennorrhagies, ont fait usage, pour se débarrasser d'un suintement habituel, de bougies plus ou moins irritantes. M. Amussat rapporte l'exemple de deux vieillards à qui il a donné des soins. A l'autopsie, le canal étant ouvert, si on passait légèrement le doigt sur la paroi inférieure, on ne sentait aucune saillie bien sensible ; si, au contraire, on faisait glisser une sonde d'argent sur cette même paroi, de manière à la comprimer, le bec de l'instrument était arrêté là où existait la maladie.

Rétrécissement calleux. — Lorsque, au contraire, l'inflammation s'étend à toute l'épaisseur de la membrane muqueuse, et qu'elle gagne les tissus sous-jacents, alors elle se termine par hypertrophie, par *induration*, et c'est là une des formes qu'offre le plus communément le rétrécissement de l'urètre. Laënnec admet que le tissu des callosités tient le milieu entre les tissus fibreux et cartilagineux. Ces indurations sont blanches, jaunâtres, grisâtres, et l'on n'aperçoit aucune trace de fibres dans leur organisation. L'induration s'étend de la muqueuse (Laënnec) au tissu cellulaire sous-muqueux, qui se resserre alors et étrangle le canal dans un point de son trajet. On a vu même, ce qui peut-être n'est pas sans importance pour le diagnostic, des nodosités exister dans le tissu spongieux seulement, et ne pas faire saillie à la surface du canal; on les sentait en promenant le doigt le long de la partie inférieure de l'urètre. On aurait

pu en conclure à tort, avant l'examen anatomique, que la membrane muqueuse offrait une disposition semblable, et cependant elle était intacte. On conçoit que ces callosités extérieures au canal peuvent coïncider avec un rétrécissement inflammatoire, qu'on pourrait traiter comme un rétrécissement par induration, si l'on n'était pas prévenu. Ces rétrécissements, assez rares chez les personnes qui n'ont pas été soumises à la cautérisation, dit M. Amussat, sont beaucoup plus fréquents chez celles sur lesquelles le caustique a été appliqué un grand nombre de fois, et surtout trop profondément.

Les carnosités ou végétations qui, suivant les anciens auteurs, obstruaient constamment l'urètre, dans le cas de dysurie, sont excessivement rares; elles semblent provenir de l'exubérance de certains bourgeons charnus qui dépassent le niveau des cicatrices à la terminaison des plaies ou des vieilles inflammations. M. Lisfranc admet ces rétrécissements conformément à l'opinion de Daran, A. Paré, Sœmmering. Ducamp semble les révoquer en doute. M. Lallemand et quelques chirurgiens modernes en nient l'existence. Hunter dit ne les avoir rencontrés qu'une fois sur le cadavre.

Siége des rétrécissements organiques — Leur situation n'a rien de fixe; et si l'on consulte les auteurs à cet égard, on ne rencontre que divergence et incertitude. Sur treize rétrécissements, le professeur Lallemand en a rencontré douze dans la portion

courbe de l'urètre, un seul dans la portion droite. Ducamp dit que, cinq fois sur six, il a trouvé des rétrécissements entre quatre pouces et demi et cinq pouces; il n'en a rencontré que deux au méat urinaire. Charles Bell n'en cite qu'un. M. Tanchou en rapporte un exemple. Sœmmering affirme que ces rétrécissements ne se développent jamais dans la portion du canal enveloppée par la prostate. M. Amussat assure que les coarctations n'existent jamais au-delà du bulbe. Il dit que très-souvent on les a confondues avec quelques vaisseaux variqueux, qui diminuent quelquefois le diamètre de la portion membraneuse, ou avec le gonflement du véru-montanum.

SYMPTÔMES DES RÉTRÉCISSEMENTS. — La plupart des obstacles au passage de l'urine, sinon tous, dit Hunter, offrent presque les mêmes symptômes. En effet, ils ne varient qu'en raison de l'étroitesse du passage qui résiste aux urines, et de l'ancienneté de la maladie. Les rétrécissements se forment avec tant de lenteur, qu'il est difficile, dans le principe, d'en soupçonner l'existence; et souvent les malades n'en sont avertis que par une rétention d'urine qui survient tout à coup après un repas copieux, des fatigues ou des excès vénériens.

Voici quelle est la marche des symptômes dans le plus grand nombre des cas : lorsque le rétrécissement est médiocre et ne fait, pour ainsi dire, que de commencer, l'urine se fait attendre plus long-temps qu'à l'ordinaire; elle s'écoule lentement par un jet plus

mince, irrégulier, bifurqué, tournoyant. La vessie semble avoir perdu une partie de sa vertu contractile. Quelquefois l'urine donne un sentiment de brûlure sur un point du canal; d'autres fois le malade éprouve des tiraillements dans les aines, et une douleur obtuse au-dessus du pubis; mais à mesure que la coarctation augmente, le jet d'urine diminue progressivement d'épaisseur. Le besoin de vider la vessie est plus fréquent, et l'on est obligé de se lever plusieurs fois la nuit pour le satisfaire. L'expulsion de l'urine n'a lieu que par des efforts soutenus, et la vessie ne peut plus se vider complétement. La présence de l'urine dans ce réservoir l'irrite, rend les envies plus fréquentes, et forme au-dessus du pubis une tumeur rénitente et douloureuse au toucher. Le malade n'urine plus sans de douleurs très-vives. Dans cet état, les progrès nécessaires du rétrécissement continuent; le jet devient tellement faible, qu'il tombe verticalement entre les jambes; ou bien l'urine s'écoule en nappe, ou goutte à goutte, comme le liquide d'un filtre; les envies sont presque continuelles, et les efforts auxquels se livre le malade sont si considérables, que les jambes tremblent, la face se colore, le front se couvre de sueur, et les matières fécales sortent en même temps que les urines. Ces efforts multipliés suffisent quelquefois pour produire une hernie ou une chute du rectum. Dans ces circonstances, le moindre oubli de régime, la plus légère cause d'excitation, peuvent suffire pour produire une rétention d'urine

complète, en ajoutant un rétrécissement inflammatoire à celui qui existait déjà. Un corps étranger quelconque, un peu de mucosité poussée par les urines, peuvent également amener ces résultats fâcheux. M. Roux a observé un cas de rétention d'urine causé par le séjour d'un sperme très-épais derrière une coarctation de l'urètre. Quoi qu'il en soit, quand l'ischurie est établie, le cortége formidable des symptômes déjà décrits se déploie avec une intensité mille fois plus terrible. Les efforts du malade, pour satisfaire ses envies d'uriner, sont presque continuels. Pendant ces efforts, la respiration est suspendue, les veines du cou et de la tête se gonflent, la figure devient d'un rouge foncé, les yeux s'injectent, tous les muscles sont en action, des flots de sueur inondent son front, et quelquefois tout son corps. Pendant cette succession cruelle d'efforts physiques et d'angoisses morales, la vessie, violemment distendue par la présence de l'urine, devient le siége d'une inflammation très-vive. Les uretères, le bassinet, les calices, et jusqu'aux conduits urinifères, se trouvent distendus et enflammés; bientôt les reins remplissant mal leurs fonctions, les éléments de l'urine s'accumulent dans le sang, et vont porter l'irritation et le désordre dans toute l'économie. Alors la fièvre s'allume, le pouls devient fort, plein, fréquent; les facultés intellectuelles et affectives s'exaltent; le désordre va toujours croissant; et si on ne s'empresse d'apporter de prompts secours au malade, la mort est imminente.

Cette série de symptômes ne marche pas toujours avec la même régularité et une rapidité aussi considérable : quelquefois, avant que la rétention complète vienne assiéger le malade, la vessie, distendue et fatiguée, s'hypertrophie, s'enflamme, s'ulcère sur un point, se ramollit, se perfore; le canal de l'urètre se dilate et se rompt; de là des fistules et des dépôts urineux; quelquefois l'évacuation de la matière prolifique ne pouvant plus s'effectuer, les conduits prostatiques et éjaculateurs s'enflamment, et de là aussi l'origine d'une orchite, etc., etc.

Un symptôme des rétrécissements urétraux signalé par Home, Ducamp et Lallemand, et que j'ai eu occasion d'observer assez souvent, ce sont des accès fébriles simulant fort bien la fièvre intermittente, et pouvant induire en erreur le praticien mal avisé.

Tels sont les signes rationnels du rétrécissement de l'urètre ; les signes sensibles sont fournis par l'exploration du canal. On est sûr qu'il est rétréci, quand une sonde, introduite dans la cavité, est arrêtée dans sa marche, ou fortement serrée dans un point de son trajet. On peut, jusqu'à un certain point, reconnaître avec la sonde à empreinte de Ducamp, instrument que je ne décrirai point ici, la situation, la forme, la longueur et le calibre des rétrécissements. Ainsi, suivant M. Tanchou, « quand la sonde exploratrice vous rapporte des scissures ou lignes transversales sur la cire, vous pouvez être sûr que vous avez affaire à des brides ou à des rétrécissements valvulaires plus

ou moins prononcés. Si, au contraire, cette empreinte est inégale, effilée; si l'on y remarque des enfoncements et des aspérités; si en même temps le canal est dur à l'extérieur, modulé dans une certaine étendue; vous pouvez être convaincu que vous avez à traiter un rétrécissement ancien avec altération plus ou moins prononcée des parois de l'urètre. Un rétrécissement central se décèle par une pointe plus ou moins longue au sommet de la cire à empreinte; un rétrécissement excentrique se reconnaît par le même signe placé sur le côté; une fausse route par une tige souvent bifurquée, ou du moins représentant un tubercule qui semble ajouté à l'empreinte principale. Enfin, certains rétrécissements, dans lesquels il est difficile de pénétrer, s'annoncent par un tubercule ou massue de la totalité de la cire; ce qui indique que le canal se termine par un trou imperceptible, comme on le dit vulgairement en *cul de poule*. D'après le même auteur, on peut très-bien, à l'aide des mêmes moyens, apprécier toutes les altérations du canal, lors même qu'il n'y a plus de rétrécissement.

Si toutes ces choses étaient aussi exactes qu'ingénieuses, elles pourraient éclairer, d'une manière bien utile, le diagnostic si difficile de la maladie qui nous occupe, les praticiens n'échoueraient pas si souvent dans le traitement, et la cautérisation ne donnerait pas lieu à des accidents si funestes. Pour mon compte, je suis persuadé, et la plus grande partie des chirurgiens sont de cet avis, que la sonde explo-

ratrice, guidée même par la main la plus habile et la plus exercée, puisse jamais parvenir à faire reconnaître la nature et le siége des rétrécissements avec la précision que M. Tanchou et quelques autres auteurs semblent le garantir. Dans un livre, il est bien facile de faire des procédés, d'obtenir des résultats séduisants; mais dans la pratique, mais au lit du malade, l'expérience nous apprend, malheureusement trop souvent, que les livres sont écrits dans des vues d'intérêt, et les méthodes imaginées ou modifiées plutôt pour satisfaire un sentiment d'amour-propre, pour atteindre à une certaine célébrité, que pour le bien de l'humanité.

CHAPITRE DEUXIÈME.

THÉRAPEUTIQUE DES RÉTRÉCISSEMENTS.

Détruire l'obstacle qui s'oppose au libre cours de l'urine, voilà tout le secret de la thérapeutique des rétrécissements. Mais on conçoit que les indications devront varier suivant diverses conditions, telles que la cause qui a déterminé la maladie, la nature de celle-ci, son degré d'intensité et les complications qu'elle présente. Ainsi l'on s'enquerra si le rétrécissement est de nature spasmodique, inflammatoire ou organique; s'il tient à un corps étranger arrêté

ou développé dans le canal, s'il dépend d'une compression exercée sur cet organe, etc. etc.

Les travaux des anciens ne nous enseignent rien ou presque rien de bien précis sur la maladie qui nous occupe. Elle était trop rare de leur temps pour qu'elle ait dû fixer leur attention spéciale. Hippocrate, à l'observation duquel rien n'échappait, parle à peine des tubercules de l'urètre (Lisfranc). Galien fait mention de fongosités du canal qui rendent difficile l'émission de l'urine et nécessitent quelquefois l'usage de la sonde. Ce n'est guère que dans les temps modernes, surtout après la désastreuse expédition de Charles VIII dans le royaume de Naples, époque où la syphilis commençait à infecter l'Europe, que les médecins *canaliculeux* apparurent; Haller les appelait ainsi malicieusement *canaliculosi medici*; de ce nombre sont Alphonse Ferri le Napolitain, Lacuna, Christophe de Véga de Salamanque, Jean le Français, Mayenne Turquet, Guillaume Loyseau, puis notre Ambroise Paré. Tout à coup Daran fit retentir l'Europe du bruit de ses bougies : celles-ci avaient l'inconvénient de cautériser le canal sur tous les points qui étaient en contact avec elles. Hâtons-nous de dire cependant que déjà, à cette époque, les chirurgiens employaient avec succès les moyens dilatants de toute espèce.

De nos jours, une foule de procédés sont mis en usage. Avant de les passer en revue, disons un mot du traitement qui convient aux coarctations indépendantes d'une lésion organique proprement dite. 4

Thérapeutique des rétrécissements spasmodiques. — Nous avons vu que cette espèce de coarctation était peu fréquente. Aussi le médecin est-il rarement appelé pour y porter remède. D'ailleurs elle cède presque toujours en quelques heures aux soins du régime. Les boissons émulsives et mucilagineuses, comme l'eau de graines de lin édulcorée avec le sirop d'orgeat ; les lavements émollients et antispasmodiques, tels que ceux que l'on prépare avec une décoction de racine de guimauve et de tête de pavots ; des bains généraux, et à défaut de ceux-ci des bains de siége. Si, à l'aide du repos de l'esprit et du corps, ces moyens étaient insuffisants, il faudrait recourir à des préparations antispasmodiques, et en particulier aux opiacés, administrés par la voie de l'estomac et des intestins. Les lavements anodins, recommandés par Choppart, les injections de même nature, faites dans le canal, peuvent produire des effets salutaires. Dans l'hypothèse où ces moyens échoueraient, on doit avoir recours aux émissions sanguines, si la constitution le permet. Si le rétrécissement spasmodique résistait encore, l'on porterait une sonde ou mieux une bougie molle jusque sur le lieu, et quand elle y aurait séjourné quelques instants, on essaierait de l'introduire plus profondément. Il n'est pas toujours nécessaire que l'obstacle soit vaincu pour que les urines s'écoulent librement ; Choppart rapporte plusieurs observations qui constatent ce fait. D'ailleurs des tentatives violentes sur le canal pourraient devenir fâ-

cheuses. Il est, je crois, sans précédent qu'une médecine expectante, ou du moins prudente, telle que nous venons de l'indiquer, ait eu des suites graves. La maladie cesse toujours avant que l'accumulation de l'urine dans la vessie ait eu le temps de causer un désordre local ou général. Le moyen de prévenir l'affection est d'éloigner tout ce qui peut exciter les organes génitaux, en particulier les excès de table et de coït.

Thérapeutique des rétrécissements inflammatoires. — Dans ce cas, le traitement doit être essentiellement antiphlogistique. Les saignées locales plus ou moins répétées produisent de bons effets. Morgagni conseille de faire précéder la saignée locale par une saignée générale. J.-L. Petit avait recours à plusieurs saignées générales avant d'en venir au cathétérisme. Choppart et Desault mettaient en usage les antiphlogistiques locaux. L'application de cataplasmes émollients sur le périnée, l'hypogastre et les parties génitales, le repos absolu du corps et de l'esprit, le décubitus horizontal, une diète sévère, l'usage abondant des boissons émulsives, mucilagineuses ou gommeuses, des bains généraux tièdes, doivent être prescrits. Tous ces moyens, lorsque l'urétrite est intense, doivent être employés avec beaucoup d'activité et de persévérance.

Si, malgré l'emploi des antiphlogistiques associés aux agents thérapeutiques dont nous venons de parler, la rétention d'urine continuait, l'état du malade de-

venant de plus en plus grave, il faudrait alors pratiquer le cathétérisme, mais avec beaucoup de ménagement. Desault pense qu'une grosse sonde pénètre souvent avec plus de facilité qu'une petite. Il recommande de faire plusieurs tentatives pour réussir dans cette opération. Si la sonde a pénétré facilement dans la vessie, on ne l'y laisse point séjourner ; mais il faudrait se comporter tout autrement si l'on avait éprouvé de grandes difficultés.

Thérapeutique des rétrécissements organiques. — Une multitude de moyens ont été mis en usage dans le traitement local des coarctations urétrales : tels sont la ponction, les injections et le cathétérisme forcés, la boutonnière, la dilatation forcée, l'incision, la dilatation permanente ou continue, la dilatation temporaire, et la cautérisation.

Les quatre premiers procédés ont été proposés pour faire cesser la rétention d'urine devenue complète. Les autres appartiennent, à proprement parler, au traitement des diverses coarctations organiques.

Ponction de la vessie. — C'est le moyen brutal et désespéré, dit M. Tanchou, de parvenir dans le réservoir de l'urine quand on ne peut y arriver par les voies naturelles. Cette opération peut se faire au périnée, au-dessus du pubis, ou par le rectum. De ces trois procédés, celui que l'on doit toujours préférer, c'est la ponction au-dessus du pubis, et cela à raison du peu d'épaisseur des parties qu'elle traverse, et de l'absence de vaisseaux et de nerfs. On

ne doit l'employer que lorsque toutes les indications physiologiques et les moyens mécaniques les plus ingénieusement variés, pour parvenir dans la vessie, ont été épuisés sans succès dans un court espace de temps, et que le malade se trouve dans un danger imminent

Injections forcées. — M. Amussat pensant que le canal de l'urètre n'est jamais entièrement oblitéré, et que la rétention complète provient presque toujours d'un bouchon de mucosités qui obture le rétrécissement, imagina de refouler ce bouchon à l'aide des injections forcées. Le rétrécissement ayant son plus grand diamètre en arrière, on conçoit qu'il est plus facile de repousser l'obstacle d'avant en arrière que dans le sens inverse. On a exagéré d'une part les avantages, de l'autre les inconvénients de cette méthode. Si elle ne produit pas souvent les bons effets que son inventeur lui attribue, toujours est-il qu'entre des mains intelligentes, les injections forcées peuvent devenir utiles quand elles sont employées à propos.

Cathétérisme forcé. — Dans ce genre de cathétérisme, on a pour but de se frayer une route artificielle au milieu de la route naturelle. Pour atteindre ce résultat, on se sert d'une sonde métallique courbe, à parois très-épaisses, et dont le bec est plus ou moins pointu, suivant la plus ou moins grande résistance que l'opérateur pense devoir rencontrer. Cette sonde a reçu le nom de sonde conique; elle a été préconisée

et mise en usage par le professeur Boyer et par M. Roux, son gendre. Les inconvénients de cette sonde, et les dangers qui accompagnent le cathétérisme forcé, l'ont fait abandonner par les praticiens.

Boutonnière. — Quant à la boutonnière, Desault dit avec raison qu'elle doit être bannie du domaine de la saine chirurgie (Lisfranc).

Dilatation forcée. — Cette méthode est fondée sur ce principe qu'on risque moins de faire fausse route avec de grosses sondes qu'avec de petites. M. Mayor a voulu récemment l'ériger en méthode générale; mais des revers nombreux, suivis des accidents les plus graves, ont prouvé qu'elle était plus dangereuse qu'utile. Que penser d'un procédé thérapeutique dans lequel on ne tient aucun compte de l'action vitale, puisqu'on ne voit dans les coarctations qu'un obstacle à vaincre, un ressort à fatiguer par le déploiement d'une puissance agissant en sens inverse ?

Incision. — L'incertitude et les dangers qui accompagnent quelquefois le nitrate d'argent, l'inefficacité souvent constatée de la cautérisation, pratiquée même par des mains habiles, dit M. A. Petit, ont déterminé M. Amussat à chercher un moyen qui pût faire plus généralement et plus sûrement triompher des rétrécissements de l'urètre; ce moyen, c'est l'incision ou la scarification; à cet effet, M. Amussat a imaginé divers instruments fort ingénieux, mais d'un emploi moins facile et d'une utilité beaucoup moins grande que celle qu'il leur attribue. L'incision

peut être employée dans quelques cas spéciaux fort rares. Un inconvénient grave est attaché à ce procédé : c'est qu'on incise souvent sur un endroit sain au lieu d'atteindre le rétrécissement.

Dilatation. — Par cette méthode, l'on tâche de rendre aux parties coarctées leur volume primitif ; mais le corps dilatant ne se borne pas à produire une action purement mécanique, à faire l'office d'un coin interposé dans le rétrécissement, comme on a eu tort de dire ; il détermine encore une excitation plus ou moins vive, qui nuit à la nutrition de la partie malade, tend à la détruire par absorption, et à lui rendre ses conditions normales de texture et de vitalité.

Le traitement par la dilatation est extrêmement ancien. On employa successivement des bougies de plomb, de baleine, de cordes à boyaux et de cire. On s'en servit long-temps pour porter dans l'urètre des médicaments caustiques ou cathérétiques. Bernard imagina plus tard les bougies de gomme élastique.

On emploie aujourd'hui, pour la dilatation, des bougies molles et des bougies rigides ; les dernières ont l'inconvénient de pouvoir donner lieu à de fausses routes.

Il faut, avant de procéder à la dilatation, combattre tous les symptômes d'irritation locale ou générale, s'il en existe, par des moyens appropriés. Quand on juge que le sujet est suffisamment préparé, on prend une bougie molle de gomme élas-

tique ou mieux de cire d'une longueur de dix pouces environ et du plus petit numéro, on l'huile, on l'introduit ensuite avec beaucoup de précautions ; si l'on éprouve de la résistance, il faut bien se garder d'employer de la force, parce qu'alors la pointe de l'instrument, buttant contre le rétrécissement, au lieu de suivre l'aire du canal, peut déchirer la membrane muqueuse si la pointe présente quelque solidité, ou se replie sur elle-même si elle est trop molle. Il faut donc, aussitôt qu'on sent la bougie arrêtée, la retirer de quelques lignes, puis chercher à l'engager dans l'ouverture du rétrécissement, en lui imprimant de légers mouvements de vrille. Une fois parvenue dans l'obstacle, on la laisse séjourner quelques minutes la première fois ; si le malade éprouve de la douleur, ce qui arrive rarement dans ces circonstances, on se hâte de la retirer. Introduite chaque jour dans le point rétréci, la bougie le dilate. Pendant qu'elle séjourne, le canal éprouve des alternatives de resserrement et de relâchement auxquelles la nature de l'instrument se prête fort à propos. Ces phénomènes modifient la vitalité des parties, et y accroissent l'activité du système capillaire, assez quelquefois pour qu'il s'ensuive une réaction générale (Civiale). C'est surtout au début du traitement que ces phénomènes ont lieu. Du reste, il est facile de les modifier, soit en choisissant des bougies plus petites, soit surtout en ne les introduisant que tous les deux jours. Quand la première bougie passe bien, on en

présente une plus grosse, ainsi de suite; mais il faut que la gradation soit insensible. On doit procéder avec lenteur, sous peine de revenir sur ses pas. Ce traitement a pour résultat une disparition progressive des phénomènes morbides, le retour graduel de la santé, et la guérison complète au bout d'un mois ou six semaines.

La dilatation n'est complète qu'après qu'on a ramené le point rétréci à son calibre normal.

Ce genre de dilatation est appelé temporaire ou *intermittente*. Elle est infiniment préférable à la dilatation *permanente*, qui se fait au moyen des sondes ou des bougies qu'on laisse à demeure. Tout le monde connaît les accidents auxquels peut exposer la présence continuelle d'un corps étranger dans le canal de l'urètre, et le contact du bec de la sonde avec la muqueuse de la vessie. On a adressé à tort à la méthode en général des reproches qui ne pouvaient s'appliquer qu'à cette dernière espèce de dilatation.

Cautérisation. — La cautérisation de l'urètre est une opération qui date d'assez loin. Elle a été tour à tour érigée en méthode souveraine, puis rejetée et abandonnée. Elle paraît tomber aujourd'hui dans le discrédit. Avant 1550, Alphonse Ferri employait une poudre escarrotique délayée dans un mucilage, et placée au bout d'une sonde. On incorpora ensuite ces mêmes substances à la partie d'une bougie qui devait se trouver en rapport avec le rétrécissement. Plus tard les caustiques furent administrés à l'état de poudre,

et appliqués dans l'urètre. De cette manière, ils agissaient sur la partie saine aussi bien que sur la partie malade, et pouvaient occasionner des accidents graves, des hémorrhagies, des rétentions d'urine, des fausses routes, et, de plus, des phénomènes d'irritation générale.

Quelque temps après, la cautérisation fut adoptée par les Anglais, et améliorée par eux. Jean Hunter substitua le nitrate d'argent aux divers agents médicamenteux employés avant lui.

Procédé de Hunter. — Il consiste à porter jusqu'à l'obstacle, et au moyen d'une canule métallique, un morceau de nitrate d'argent. Introduit de cette manière, le caustique agit d'avant en arrière, et attaque les parties saines du canal, ou n'agit tout au plus que sur l'orifice de la coarctation.

Procédé de Home. — Il ne diffère pas beaucoup du procédé de Hunter. Suivant Ducamp, le chirurgien, avec cette méthode, ne sait ni ce qu'il épargne, ni ce qu'il détruit ; de plus, le caustique peut se détacher et donner lieu à des accidents funestes. Il agit encore ici d'avant en arrière.

Charles Bell, Whately et Marcellwin ont voulu atténuer ces inconvénients, mais leurs efforts ont été infructueux.

Procédé de Ducamp. — Il était réservé à la chirurgie française de perfectionner ce moyen thérapeutique. Ayant compris tous les inconvénients de la cautérisation d'avant en arrière, Ducamp a cherché

à imaginer un instrument pour détruire le rétrécissement latéralement, c'est-à-dire du centre à la circonférence. Les étroites limites d'une thèse me forcent de négliger la partie descriptive des divers procédés que je passe en revue. Tout en cautérisant, Ducamp ne rejetait pas les bougies; il employait la dilatation comme moyen auxiliaire et complément de sa méthode. On a adressé avec raison les reproches suivants à l'instrument de Ducamp : 1° il expose le nitrate à se liquéfier; de là des accidents fâcheux dont M. Lallemand a été témoin; 2° il butte souvent contre l'obstacle, et on dépose alors le caustique sur les parties saines; 3° il ne peut cautériser qu'une longueur de rétrécissement de quatre ou cinq lignes à la fois.

Procédé de M. Lallemand. — Dans le but de faire disparaître ces imperfections, M. Lallemand a fait fabriquer un instrument qui diffère de celui de Ducamp, mais qui n'est pas non plus, selon M. Tanchou, exempt de défauts. Laissons parler ce praticien: « La méthode de cautériser de M. Lallemand est défectueuse dans ce sens : 1° qu'en raison de la contraction variable des corps caverneux, il est impossible d'assigner positivement la situation d'un rétrécissement de l'urètre; 2° que, pour le même motif, il est très-difficile, sinon impossible, d'en apprécier la longueur; 3° que, lorsqu'il y a plusieurs rétrécissements à la file les uns des autres, il n'est pas toujours possible de les traverser, comme le prescrit M. Lallemand,

pour aller cautériser le premier; 4° que les instruments étant durs et nullement flexibles, ne peuvent céder aux inflexions naturelles du canal de l'urètre, et surtout se présenter aux sinuosités et aux inégalités que l'on rencontre très-souvent dans ce conduit quand il est malade; 5° que leur volume, eu égard à la ténuité ordinaire des rétrécissements, est trop considérable pour qu'ils soient employés dans la plupart des cas. »

Voilà, certes, des reproches bien graves. Les auteurs qui ont jugé les procédés de Ducamp et Lallemand avec tant de sévérité n'ont point voulu laisser l'art dans cet état précaire. MM. Ségalas, Amussat, Heurteloup, Tanchou, Civiale, ont eu hâte de se mettre à l'œuvre; mais le succès n'a point couronné leurs tentatives. Pour éviter quelques imperfections, ils sont tombés dans des fautes plus graves; et l'on peut dire que les procédés Ducamp et Lallemand sont encore aujourd'hui ce que la chirurgie possède de moins imparfait.

DU TRAITEMENT DU RÉTRÉCISSEMENT PRODUIT PAR LA PRÉSENCE D'UN CORPS ÉTRANGER DANS L'URÈTRE.

Quand la coarctation est causée par la présence d'un corps étranger dans l'urètre, que ce corps y ait été laissé, qu'il s'y soit développé, ou qu'il y soit arrivé de la vessie, la première chose à faire est naturellement de l'extraire. Pour cela, il existe deux méthodes : l'une consiste à faire sortir le corps étranger

par le méat urinaire ; l'autre à inciser l'urètre, et à aller le chercher par l'ouverture pratiquée à ce canal. Il est rare qu'on ait besoin de recourir à cette dernière, grâce aux progrès les plus récents de l'art.

TRAITEMENT DE LA COARCTATION PRODUITE PAR LA COMPRESSION DE L'URÈTRE.

Lorsque le rétrécissement est dû à la compression de l'urètre, il faut, s'il se peut, combatttre la cause de la compression. S'il n'est pas possible de la détruire rapidement, et si la rétention d'urine devient complète, on se hâtera de prendre des dispositions pour que l'excrétion du liquide ait lieu le plus promptement possible.

Pour combattre la cause de la compression, il faut avoir recours à des moyens divers appropriés à la nature de cette cause. S'agit-il d'une tumeur inflammatoire, on aura recours aux boissons délayantes, aux saignées, aux applications émollientes, ou à l'ouverture de la tumeur, d'après les circonstances. S'il s'agit d'une hernie d'un grand volume, on cherchera à la réduire, etc., etc.

EXAMEN COMPARATIF DE LA DILATATION ET DE LA CAUTÉRISATION.

Nous n'entrerons point ici dans tous les développements que comporte cette importante matière.

Examiner le plus succinctement possible les re-

proches adressés aux deux méthodes, et voir jusqu'à quel point elles peuvent être justifiées, telle est la tâche que nous nous imposons.

Les inconvénients reprochés à la dilatation sont assez nombreux. On a dit : 1° que les bougies ne pénétraient pas tous les rétrécissements, ce qui est vrai ; mais on a feint d'ignorer que ce sont, de tous les instruments, ceux qui pénètrent le mieux. 2° Quelques auteurs ont signalé les accidents fâcheux qui peuvent résulter de l'introduction d'une sonde confiée à la main maladroite d'un malade, et se sont récriés contre la méthode, sans faire attention qu'il n'est rien de tout cela dans la dilatation temporaire, puisque le chirurgien peut introduire lui-même la bougie chaque jour. 3° D'autres ont dit que le traitement par les bougies produisait des urétrites et autres accidents inflammatoires ; à cela nous répondrons que ce genre de traitement, confié à un praticien prudent et habile, n'amène presque jamais des inflammations redoutables. D'ailleurs les anciens considéraient l'écoulement urétral comme preuve de la destruction des carnosités. M. Civiale pense qu'on a été trop loin en rejetant tout-à-fait ces idées, puisque, dans les rétrécissements calleux, durs et indolents, c'est chose d'un fâcheux pronostic que l'impuissance où se trouve le praticien de provoquer un travail inflammatoire. 4° On a reproché aux bougies de produire des fausses routes. Il en est des bougies comme de tout autre instrument introduit dans l'urètre ; quand on ne les dirige pas

bien, ils peuvent produire des désordres. Cependant les bougies molles ne sont guère susceptibles de perforer le canal. 5° On ajoute que les bougies sont quelquefois insuffisantes dans les rétrécissements calleux. Ce fait est vrai, mais le reproche peut s'appliquer à toutes les méthodes connues. 6° On accuse la dilatation de ne produire qu'une cure palliative. Les promptes récidives qui n'ont lieu que trop souvent après l'emploi des bougies, peuvent être évitées en grande partie quand le traitement est dirigé d'une manière convenable.

Le premier chef d'accusation dirigé contre la dilatation frappe plus directement la cautérisation. En effet, presque tous les instruments qui ont été imaginés pour cette méthode étant d'un volume beaucoup trop considérable, la cautérisation de dedans en dehors devient impraticable si le rétrécissement est fort étroit et très-avancé, inutile si la coarctation est récente et peu étendue. Les troisième et quatrième chefs d'accusation s'adressent également et avec une exactitude irrécusable à la cautérisation. S'il est bien constaté par l'expérience que tous les instruments qui ont été inventés pour cette méthode ne pénètrent qu'accidentellement dans le point rétréci, le caustique bien souvent est déposé au-devant de l'obstacle : de là des accidents graves, tels que la rétention d'urine, la destruction d'une des parties saines du canal, les hémorrhagies, les fausses routes, et par suite les fistules urinaires. D'autres fois la cuvette qui porte

le caustique ne sort pas, et au lieu d'agir sur la coarctation, le nitrate se dissout dans les mucosités qui baignent le conducteur. Le huitième chef d'accusation s'applique encore à la cautérisation, et de plus avec des circonstances aggravantes. Non-seulement ici les récidives sont fréquentes, comme dans la méthode rivale, mais elles sont encore beaucoup plus graves. Il semble, dit M. Amussat, qui n'est pas suspect en pareille matière, que l'application réitérée du caustique sur un point rétréci du canal le rende calleux, et favorise dans cet endroit des nodosités très-difficiles à détruire. Il n'est pas de praticien, ajoute-t-il, qui n'ait éprouvé beaucoup plus de difficultés à guérir un rétrécissement qui a été souvent cautérisé, qu'un autre qui ne l'a jamais été. Dans les cas de ce genre, un examen attentif fait découvrir des inégalités, des espèces de cicatrices, des nodus, des indurations plus ou moins étendues sur les points labourés par le caustique.

De tout ce que nous venons de dire, il résulte évidemment un fait vrai, incontestable : c'est que tous les procédés sont plus ou moins imparfaits. Mais toutes les méthodes étant entachées, pour ainsi parler, d'un vice originel, faut-il les rejeter toutes, en adopter une exclusivement, ou bien en combiner sagement l'emploi, selon les circonstances, dans le traitement des coarctations urétrales. Les partisans outrés de chaque méthode ont été beaucoup trop exclusifs dans ces derniers temps. Quelques-uns ont expulsé

entièrement la cautérisation de leur pratique, et ont même conseillé de la bannir du domaine de la chirurgie. J'ose dire que M. Lallemand, de son côté, est tombé pour le moins dans l'exagération quand il a dit : « l'observation et le raisonnement me conduisent à conclure que la dilatation est *ordinairement inutile* comme moyen auxiliaire de la cautérisation, et peut être *quelquefois nuisible.* » M. Lallemand n'a pas tardé à reconnaître lui-même que la pratique ne permettait point d'être exclusif; cet habile et célèbre chirurgien associe aujourd'hui les deux méthodes avec un succès remarquable et vraiment digne de son talent.

Ce discrédit général et presque absolu, dans lequel la cautérisation tombe de jour en jour, contraste singulièrement avec l'éclat qui l'environna tout à coup à l'époque où Ducamp l'importa et la naturalisa en France, et surtout avec la vogue dont elle a joui jusqu'à ces derniers temps. Cette déchéance prochaine semble avoir été prévue par quelques bons esprits. Dupuytren, dont le nom fait autorité quand il s'agit de chirurgie, ne voulut jamais se plier à l'emploi de ce procédé; il resta fidèle à la dilatation. Déjà, en 1824, Lisfranc écrivait : « Il est question d'une méthode nouvelle dont quelques praticiens se plaignent depuis quelque temps, malgré les brillants succès qu'elle a obtenus. Nous laissons au temps le soin de la juger. » Le temps a porté son jugement, et la défaite de la cautérisation comme méthode générale est aujourd'hui un fait accompli.

Ces dernières considérations et les précédentes nous amènent à conclure que la dilatation doit être proclamée méthode générale. C'est à ce titre qu'elle est adoptée par la presque totalité des chirurgiens en France : pour nous, méthode générale ne veut pas dire exclusion ; nous entendons par là seulement que la dilatation convient et doit être employée dans le plus grand nombre de cas, et la cautérisation dans quelques cas spéciaux, en lui donnant ordinairement les bougies comme moyen auxiliaire.

Cependant il nous coûte de le dire, la thérapeutique des rétrécissements est encore dans un état purement provisoire ; préciser les cas dans lesquels telle ou telle méthode doit être employée, c'est chose très-difficile, je dirai même presque impossible. Il n'y a que vague et incertitude dans le diagnostic de ces maladies. Les nombreux volumes qui ont été écrits et publiés depuis quelques années, sur les affections des voies urinaires, ne nous apprennent rien de positif ; d'un autre côté, mon expérience personnelle est insuffisante, pour que je puisse me livrer ici à l'étude du diagnostic différentiel et des indications thérapeutiques. Je dois me borner pour le moment à faire des vœux pour que les praticiens portent leurs investigations sur cette partie si intéressante de notre art. Destiné à exercer la médecine sous le patronage d'un médecin recommandable autant par son caractère que par ses talents, M. le docteur Magail, qui a bien voulu m'honorer de son amitié, j'aurai sou-

vent occasion, dans une ville riche en population comme Marseille, d'observer des retrécissements, et trop heureux si, par le fruit de mes observations et de mes labeurs, je pouvais contribuer, pour ma faible part, aux progrès de cette branche de l'art de guérir !

FIN.